**แบบ 7131**

**หน่วยงาน..................................เลขที่เงินเดือน……………**

# **ใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า………..…………………………………ตำแหน่ง…………..………………….สังกัด โรงพยาบาลลำพูน

1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

* ตนเอง ชื่อ................................................. เลขประจำตัวประชาชน........................................
* คู่สมรส ชื่อ…….…..…….………...…………… เลขประจำตัวประชาชน........................................

🞏 บิดา ชื่อ……………………………………… เลขประจำตัวประชาชน........................................

🞏 มารดา ชื่อ………….………………………….. เลขประจำตัวประชาชน........................................

🞏 บุตร ชื่อ……………………………….……… เลขประจำตัวประชาชน........................................

เกิดเมื่อ…………..………….เป็นบุตรลำดับที่ ………...

🞏 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞏 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค........................................................................................................................................

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)......................................................................

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ 🞏 ทางราชการ 🞏 เอกชน ตั้งแต่วันที่………………… ถึงวันที่………………….

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น…………………..…………บาท (..................................................................................) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน………………...……..ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

🞏 เต็มจำนวน 🞎 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

🞏 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน…..………….……...……บาท (……………………………………..………………..……....…….) และ

(1) ข้าพเจ้า 🞏 ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

🞏 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) ...........ข้าพเจ้า🞏 ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

🞏 เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง……………..สังกัด………………

🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า

สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

เมื่อวันที่.............................ถึงวันที่..........................

รวมระยะเวลา........วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว

ก

ข

ค

4. เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว

ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ……..………………………………ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.................................................)

วันที่……………..เดือน……………………พ.ศ…………

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).............................................

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..........................................บาท

(.................................................................................................) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)................................................... ผู้รับเงิน

(..................................................)

(ลงชื่อ).................................................. ผู้จ่ายเงิน

(นางกิมทอง แก้ววิจิตร)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่...........เดือน........................พ.ศ...........

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ง

ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิก

## คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีที่ได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ